

# Seputar Biaya Pelayanan Kesehatan Gigi Di Institusi Pelayanan Kesehatan Pemerintah

Oleh drg. R. Wasis Sumartono  
Puslit Penyakit Tidak Menular, Badan Litbangkes

**P**ERNYATAAN drg. Soenawan pada waktu mempertahankan doktranya, antara lain bahwa masih diimpomya bahan-bahan untuk membuat gigi tiruan lengkap telah membuat biaya pasang gigi tiruan menjadi mahal, dan bahwa hingga saat ini belum ada RSUP maupun RSUD, lebih lebih Puskesmas yang membuka layanan untuk gigi tiruan lengkap (Kompas, Kamis 3 Nopember 1994 halaman 8), mengundang sejumlah *pro* dan *kontra*. Sanggahan pertama yang timbul atas pernyataan itu saya dengar dari seorang sejawat dokter umum, peneliti masalah kesehatan, yang mengatakan bahwa biaya pasang gigi tiruan (termasuk gigi tiruan lengkap) lebih mahal disebabkan karena dokter gigi menuntut imbalan jasa terlalu tinggi.

Apapun yang menyebabkannya, biaya pelayanan kesehatan gigi termasuk biaya pasang gigi palsu yang mahal memang secara nyata telah menimbulkan ketidakseimbangan (*equity*) dalam pemerataan hasil pembangunan dibidang kesehatan gigi, dan yang menderita karenanya terutama adalah kelompok berpenghasilan rendah. Padahal perhatian yang lebih serius pada kelompok berpenghasilan rendah termasuk mereka yang kurang mendapat pelayanan (*underserved*) karena mahalnya biaya pasang gigi tiruan ini merupakan amanat

Ketetapan Majelis Permusyawaratan Rakyat Republik Indonesia Nomor II tahun 1993 tentang Garis-garis Besar Haluan Negara Bidang Kesehatan.

Tulisan ini akan membahas faktor lain selain faktor masih diimpomya bahan gigi (*dental material*) termasuk bahan gigi tiruan yang berpengaruh pada mahal-murahnya harga pelayanan kesehatan gigi termasuk biaya pasang gigi tiruan dan kaitannya dengan beban penyakit (*disease burden*) yang dipikul oleh masyarakat, khususnya kelompok berpenghasilan rendah, serta cara untuk memperbaikinya, yang didasarkan pada pengalaman penulis sebagai dokter gigi Puskesmas (1984-1987) dan spesialis konservasi gigi di sebuah RSUP (1990-1994). Pertimbangan etik meminta penulis merahasiakan nama Puskesmas dan RSUP di Indonesia tersebut. yang penulis gunakan untuk contoh kasus.

## Tuntutan imbalan dokter gigi

Komentar sejawat dokter umum peneliti masalah kesehatan yang mengatakan bahwa mahalnya biaya pasang gigi tiruan lengkap lebih disebabkan oleh tuntutan imbalan jasa oleh dokter gigi pada pasien atau institusi yang menanggung biayanya terlalu tinggi, dan bukan

semata-mata karena masih diimpornya bahan bahan gigi tiruan, kemungkinan kuat ada benarnya. Pengalaman penulis membuktikan bahwa biaya pasang gigi tiruan lengkap itu dapat murah bila dokter giginya tidak menuntut imbalan terlalu tinggi.

Sebagai contoh, tahun 1984 biaya pembuatan gigi tiruan lengkap oleh mahasiswa kedokteran gigi di klinik gigi Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Indonesia adalah empat puluh ribu rupiah, sementara di dokter gigi praktek sore di Jakarta saat itu lazimnya semurah-murahnya 200 ribu rupiah. Tahun 1984, di Puskesmas di sebuah ibu kota propinsi, sebelum penulis datang untuk bertugas disana, tidak ada pelayanan pasang gigi tiruan oleh dokter gigi, walaupun bahan untuk membuat gigi tiruan dan dokter giginya ada; yang ada adalah pelayanan pasang gigi tiruan lengkap oleh seorang tekniker gigi, yang karena belum atau kurang mendapat pendidikan tentang pertimbangan biologik dan faali (*biological and physiological considerations*) dalam pembuatan gigi tiruan sudah barang tentu pada banyak kasus gigi tiruannya kurang memenuhi standard efektifitas dan keamanan teknik (*standard of technical efficacy and safety*) pelayanan kesehatan gigi.

Yang dimaksud dengan standard efektifitas dan keamanan teknik menurut Laporan Konsultasi Internasional tentang Penjaminan Mutu dalam Sistem Kesehatan Daerah yang Berbasis pada Pelayanan Kesehatan Primer adalah kemampuan untuk melakukan intervensi untuk memberikan manfaat-manfaat kesehatan tanpa pada saat yang bersamaan-meningkatkan/ menyebabkan risiko-risiko dalam batasan yang ideal. Yang penulis maksud dengan tidak memenuhi standard efektifitas dan keamanan teknik contohnya ialah pembuatan gigi palsu di atas rahang yang masih terdapat akar-akar gigi yang pembuluh darah dan syaraf (*pulpa*)nya sudah mati (*gangraen*), yang belum dirawat endodontik atau belum diekstraksi (dicabut). Akibatnya seperti yang beberapa kali penulis temukan di Puskesmas tersebut, banyak ditemukan adanya pematangan (abses).

Seorang dokter gigi yang bekerja sesuai standard efektifitas dan keamanan teknik pelayanan gigi tiruan, bila mendapat pasien yang meminta langsung dibuatkan gigi palsu meskipun masih ada beberapa gigi yang *gangraen*, tentu akan menjelaskan pada pasien bahwa gigi-gigi yang *gangraen* tersebut harus terlebih dulu dirawat *endodontik*, atau setidaknya-tidaknya dicabut bila tidak memenuhi persyaratan untuk dirawat, agar tidak menjadi masalah dikelak kemudian hari (menjadi sumber *infeksi fokal*); dan baru kemudian dibuatkan suatu gigi tiruannya.

Biaya membuat gigi tiruan lengkap di Puskesmas tempat penulis bekerja tahun 1984 itu adalah 25 ribu rupiah, dan hal itu dimungkinkan karena bahan-bahan gigi tiruan disediakan oleh pemerintah daerah Tingkat I setempat, dan demikian pula penetapan biayanya ditentukan oleh Pemerintah Daerah setempat. Dokter gigi yang bertugas di Puskesmas itu dianggap sudah mendapat imbalan dengan gaji bulannya, sehingga tidak serupiahpun dari biaya pasang gigi tiruan lengkap itu yang disisihkan untuk dokter gigi karena sepenuhnya masuk ke kas Pemerintah Daerah Tingkat I tersebut.

Adapun dokter gigi sebelum penulis bertugas di Puskesmas tersebut tidak melakukan pelayanan pasang gigi tiruan lengkap kepada masyarakat tampaknya ada dua kemungkinan. Pertama, karena ia hanya mau melakukan bila disamping imbalan gaji bulanan, ia mendapat imbalan dari setiap pemasangan gigi tiruan lengkap yang meskipun tidak setinggi seperti apabila ia melakukannya di praktek sorenya, tetapi cukup tinggi; dan kedua, baginya pelayanan gigi tiruan lengkap itu sudah dapat dilakukan oleh tekniker gigi, tak peduli apapun akibatnya bagi si pasien.

Melihat betapa besarnya penderitaan karena prosedur perawatan gigi yang salah (*dental iatrogenik*), khususnya dibidang gigi tiruan yang dialami pasien-pasien yang dirawat di Puskesmas tersebut sementara pada kelompok berpenghasilan rendah yang tidak mampu untuk membayar biaya pembuatan gigi tiruan lengkap

bila ia harus pergi ke dokter gigi praktek sore, penulis tergerak untuk melakukan pelayanan pembuatan gigi tiruan lengkap walaupun gaji bulanan yang saat itu besarnya hanya 85 ribu rupiah sebagai imbalan tak peduli berapa banyakpun gigi tiruan lengkap yang penulis pasang di Puskesmas itu. Penulis ajukan contoh ini untuk menekankan bahwa sanggahan teman sejawat peneliti itu ada benarnya, dan bahwa di institusi pelayanan kesehatan gigi pemerintah, di Rumah Sakit Umum Pusat, bahkan di Puskesmas sekalipun, bisa diadakan pelayanan gigi tiruan lengkap dengan harga murah bila dokter gigi tidak melakukan tuntutan imbalan terlalu tinggi.

Adanya pelayanan gigi tiruan termasuk gigi tiruan lengkap di Puskesmas dengan biaya yang dapat dijangkau oleh kelompok berpenghasilan rendah adalah suatu prasyarat untuk perwujudan cita-cita luhur kesehatan bagi semua (*health for all*). Ini sejalan dengan azas pelayanan kesehatan primer bahwa pelayanan kesehatan itu harus memenuhi 4 A dan 1 Q yaitu *accessible* (dapat dijangkau), *acceptable* (dapat diterima secara medik teknik), *affordable* (dapat dipikul biayanya), *aplicable* (mudah diterapkan) dan *quality* (bermutu).

Pada contoh di atas juga ditunjukkan bahwa kerja sama lintas sektoral sangat diperlukan untuk perwujudan upaya pemerataan pelayanan kesehatan yang bermutu, yaitu dengan adanya subsidi dari pemerintah daerah untuk pengadaan bahan-bahan gigi tiruan.

### Sistim kesehatan gigi

Dalam terminologi pelayanan kesehatan Indonesia kita mengenal berbagai istilah seperti Sistim Kesehatan Nasional, Sistim Rujukan, Sistim Subsidi Silang, Sistim Swadana, Standard pelayanan, Standard profesi, Standard pelayanan kesehatan gigi, Standard Profesi dokter gigi, dan berbagai terminologi yang seringkali hanya dipahami oleh orang-orang yang menciptakannya, dan tidak dipahami oleh pekerja-pekerja kesehatan yang seharusnya menerapkannya sehingga tidak diamalkan oleh

orang-orang tersebut dalam pelayanan kesehatan; atau yang ironis dipahami mereka, tapi tetap tidak dilaksanakan karena bertentangan dengan interes pribadinya (ada *conflict of interest*). Contoh di dalam pelayanan kesehatan gigi yang penulis temui di RSUP dimana penulis pernah bekerja ialah adanya kenyataan bahwa semua gigi *gangraen* di cabut, padahal semestinya dokter-dokter giginya bisa merawatnya dengan suatu metode yang disebut *perawatan saluran akar*.

Demikian pula, semua pasien yang menderita peradangan gusi (*gingivitis*) oleh karena mempunyai karang gigi (*calculus*) dibiarkan saja, lebih lebih bila pasien dari kelompok berpenghasilan rendah, tidak diberi tahu bahwa mereka menderita hal tersebut dan perlu dilakukan intervensi dengan suatu tindakan yang disebut *scaling* untuk mencegah berkembangnya penyakit jaringan penyangga gigi (*periodontal*) lebih lanjut, kecuali bila yang jadi pasien itu "orang dalam" yang berkedudukan seperti direktur RSUP atau dokter senior, barulah dilakukan *scaling*. Sehingga kasus gigi dicabut akibat penyakit *pulpa-periapikal* dan penyakit *periodontal* yang sebenarnya dapat dipertahankan bila dilakukan suatu prosedur perawatan yang sesuai dengan filsafat pencegahan yang berbentuk pembatasan cacat (*disability limitation*) tetap tinggi dan kebutuhan akan penggunaan gigi palsu juga tetap tinggi.

Kemudian pada pasien yang sudah tidak bergigi dianjurkan membuat gigi tiruan, "digiring" ke "praktek sore"-nya kalau pasiennya mampu, dibiarkan tidak bergigi kalau pasiennya berasal dari kelompok berpenghasilan rendah, tidak peduli apakah nantinya akan terjadi kelainan sendi akibat tidak bergigi, atau bahkan dideritanya suatu *dental iatrogenik* akibat pasien mencari pelayanan pemasangan gigi tiruan di tukang-tukang gigi yang masih banyak terdapat di Indonesia, hanya atas dasar pertimbangan biayanya yang murah, tanpa adanya pertimbangan standar efektifitas dan keamanan teknik.

Apabila dipertanyakan pada para dokter gigi

di RSUP tersebut mengapa mereka tidak melakukan perawatan yang sesuai dengan standard efektifitas dan keamanan teknik, standard kesamaan hak untuk mendapat pelayanan yang bermutu, standard biaya dan efektifitas biaya? Hal itu dijawab karena standard itu di Indonesia belum ada, walaupun ada, mereka tidak diberi penghargaan (*reward*) bila melakukannya dan tidak diberi hukuman (*punishment*) bila melanggarnya.

Hukum ekonomi mengatakan bahwa harga suatu barang atau jasa ditentukan oleh jumlah kebutuhan akan barang atau jasa tersebut dan jumlah barang atau jasa yang ditawarkan. Bila kebutuhan akan suatu barang atau jasa sangat tinggi sedang persediaan barang atau jasa tersebut sedikit, maka harga barang atau jasa tersebut menjadi mahal, dan sebaliknya.

Pada contoh kasus di RSUP yang dijelaskan di atas, mengapa dokter gigi yang sudah tahu bahwa ada suatu cara pelayanan kesehatan primer yang lebih memenuhi syarat 4 A dan 1 Q itu, yaitu sebagai contoh tindakan perawatan saluran akar pada gigi yang *gangraen*, tindakan *scaling* pada *gingivitis*, tapi tidak melakukannya mungkin dikarenakan oleh sistim dimana para dokter gigi tersebut bekerja kurang berorientasi pada kepentingan klien (pasien secara individu atau masyarakat)nya. Mereka lebih mengutamakan kepentingan dirinya sebagai operator. Sehingga *perawatan saluran akar* dan *scaling* yang tidak mendapatkan uang, namun kerjanya cukup memakan tenaga, waktu dan pikiran, mereka tidak melakukannya.

Mengapa hal itu terjadi? Jawaban dari pertanyaan itu seperti yang dikatakan dalam Laporan Konsultasi Internasional tentang Penjaminan Mutu dalam Sistim Pelayanan Kesehatan Daerah yang Berbasis pada Pelayanan Kesehatan Primer di Pyongyang 14-16 Oktober 1992 oleh WHO, bahwa "... sudah diketahui secara luas bahwa banyak masalah yang dihadapi dalam implementasi pelayanan kesehatan primer disebabkan oleh kekurangan-kekurangan dalam sistim dimana petugas kesehatan bekerja, dan bukan sebagai

akibat kesalahan (*error*) individu".

Tampaknya salah satu pekerjaan rumah yang mendesak untuk digarap oleh Direktorat Kesehatan Gigi Departemen Kesehatan, bekerja sama dengan Persatuan-persatuan profesi, seperti Persatuan Dokter Gigi Indonesia, Persatuan Perawat Gigi Indonesia, Persatuan Teknisi Gigi Indonesia, Institusi-institusi Pendidikan Dokter Gigi, Perawat, Teknisi Gigi, Pusat Penelitian dan Pengembangan Pelayanan Kesehatan, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Organisasi-organisasi non Pemerintah yang terkait, adalah bersama-sama menciptakan suatu iklim yang kondusif untuk terwujudnya sistim pelayanan kesehatan gigi di Institusi-institusi Pelayanan Kesehatan Gigi Pemerintah mulai dari Puskesmas sampai dengan RSUP yang memenuhi kriteria 4 A dan 1 Q tadi. Karena hanya dengan demikianlah perhatian yang lebih serius pada kelompok berpenghasilan rendah yang kurang dilayani (*underserved*) yang merupakan amanat Ketetapan Majelis Permusyawaratan Rakyat Republik Indonesia Nomor II tahun 1993 tentang Garis-garis Besar Haluan Negara Bidang Kesehatan dapat dipenuhi.